

COMORBIDITY OF ALCOHOL DEPENDENCE AND ABNORMAL EATING BEHAVIOURS IN WOMEN IN EARLY AND MIDDLE ADULTHOOD

WSPÓŁWYSTĘPOWANIE UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU ORAZ NIEPRAWIDŁOWYCH ZACHOWAŃ JEDZENIOWYCH U KOBIET W STADIUM WCZESNEJ I ŚRODKOWEJ DOROSŁOŚCI

Aneta Łowińska¹, Beata Ziółkowska²

¹Institute of Psychology, Adam Mickiewicz University in Poznań, Poland

²Institute of Psychology, Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

¹*Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Polska**

²*Instytut Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Polska*

* Obecne miejsce pracy Anety Łowińskiej: SOSW dla Dzieci Niewidomych im. Synów Pułku w Owińskach.

Alcohol Drug Addict 2017; 30 (4): 279-294

DOI: <https://doi.org/10.5114/ain.2017.73666>

Abstract

Introduction: The problem of comorbidity of disorders appears quite often in scientific publications. However, there is an area especially interesting for us: abnormal eating behaviour in alcohol-dependent women treated with the therapeutic community method.

Material and methods: The aim of research was to verify the determinants of the propensity to develop eating disorders in women treated for alcohol dependence. The Eating Behaviour Questionnaire, the Cope Inventory and the Social Competence Profile were used for diagnosis. The study was conducted in a group of 60 women, 30 of whom were women with alcohol dependence and 30 healthy volunteers.

Streszczenie

Wprowadzenie: Problematyka współwystępowania zaburzeń pojawia się dość często w publikacjach naukowych. Obszar szczególnie nas interesujący to nieprawidłowe zachowania jedzeniowe u kobiet uzależnionych od alkoholu.

Materiał i metody: Celem badań własnych było zweryfikowanie uwarunkowań powodujących skłonność do nieprawidłowych zachowań jedzeniowych u kobiet pozostających w terapii z powodu uzależnienia od alkoholu. Do diagnozy wykorzystano Kwestionariusz Zachowań Związanych z Jedzeniem (KZZJ), Inwentarz COPE – Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stressem oraz Profil Kompetencji Społecznych. Badania realizowano w grupie 60 kobiet, z czego 30 stanowiły kobiety leczące się z powodu uzależnienia od alkoholu, a 30 – zdrowe ochotniczki.

Correspondence to/Adres do korespondencji: Beata Ziółkowska, Instytut Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, ul. Leopolda Staffa 1, 85-867 Bydgoszcz, phone: +48 693 649 920, e-mail: beataz@amu.edu.pl; beataz@ukw.edu.pl

Authors' contribution/Wkład pracy autorów: Study design/Koncepcja badania; Data collection/Zebranie danych; Data interpretation/ Interpretacja danych; Acceptance of final manuscript version/Akceptacja ostatecznej wersji; Literature search/Przygotowanie literatury: Aneta Łowińska, Beata Ziółkowska

No ghostwriting declared./Nie występuje zjawisko *ghostwriting*.

Submitted/Otrzymano: 20.08.2017 • **Accepted/Przyjęto do druku:** 12.12.2017

Results: The Eating Behaviour Questionnaire demonstrates significant differences in the behavioural patterns of alcohol- and non-alcohol-dependent women. Inclination towards behavioural addictions (here: eating addiction) in women treated for alcohol dependence may result from worse social competence than in control group.

Discussion: Previous studies, like the results of our study, document the association between alcohol dependence and eating disorders in women. Studies conducted on the American population also show that there is a significantly high risk of comorbidity of both disorders, especially in women, as was also confirmed by Polish authors. Apart from the fact that the risk factor for eating disorders is significantly higher in women than in men, the abnormal self-image they reveal promotes the development of compensatory behaviours and binge eating.

Conclusions: Women diagnosed with alcohol dependence are more prone to disclose compulsive behaviour in the sphere of eating, including binge and emotional eating. They also exhibit lower social competences than non-dependent ones and avoidance coping strategies.

Keywords: Comorbidity, Control mechanism, Behavioural addiction, Psychoactive substance dependence

Wyniki: Wyniki badań Kwestionariuszem Zachowań Związanych z Jedzeniem dowodzą istotnych różnic w zachowaniach jedzeniowych między kobietami uzależnionymi i nieuzależnionymi od alkoholu. Skłonność do uzależnienia od czynności (tu: od jedzenia) u kobiet leczących się z uzależnienia od alkoholu może wynikać z gorszych niż u kobiet z grupy kontrolnej kompetencji społecznych.

Omówienie: Dotychczasowe badania, podobnie jak badania własne, dokumentują występowanie u kobiet związku między uzależnieniem od alkoholu a zaburzeniami odżywiania. Jak wynika z badań przeprowadzonych na populacji amerykańskiej ryzyko współwystąpienia obu zaburzeń jest istotnie wysokie, zwłaszcza u kobiet, co potwierdzają także polscy autorzy. Oprócz tego, że ryzyko zachorowania na zaburzenia odżywiania jest istotnie wyższe u kobiet niż u mężczyzn, to ujawniany przez nie nieprawidłowy obraz siebie sprzyja rozwijaniu zachowań kompensacyjnych i napadowego objadania się.

Wnioski: Kobiety ze zdiagnozowanym uzależnieniem od alkoholu mają większą skłonność do ujawniania kompulsyjnych zachowań w sferze odżywiania, w tym do napadowego oraz emocjonalnego objadania się. Ujawniają też niższe kompetencje społeczne niż osoby nieuzależnione oraz wykazują unikowe strategie radzenia sobie ze stresem.

Słowa kluczowe: współwystępowanie, mechanizm kontroli, uzależnienie behawioralne, uzależnienie od substancji psychoaktywnych

■ INTRODUCTION

The problem of alcohol dependence is widespread both in Poland and all over the world. The report from twelve-month studies conducted in 2016 on alcohol consumption in European countries indicates [1] that in Northern Europe, the general frequency of drinking is moderate and the men of these regions, as opposed to women, consume less alcohol than the residents of the other studied countries. In Southern Europe, the frequency of drinking among women was also rated as high or at least moderate.

Apart from dependence on psychoactive substances, it is possible to distinguish non-substantial dependence, or in other words behavioural dependence, e.g. on gambling, physical exercise or

■ WPROWADZENIE

Problem uzależnienia od alkoholu jest powszechny zarówno w Polsce, jak i na świecie. Raport z dwunastomiesięcznych badań zrealizowanych w 2016 r. dotyczący spożycia alkoholu w krajach europejskich wskazuje [1], że w Europie Północnej ogólna częstotliwość picia jest umiarkowana, a mężczyźni z tych regionów – w przeciwieństwie do kobiet – spożywają mniej alkoholu od mieszkańców pozostałych badanych krajów. Na południu Europy częstość picia wśród kobiet oceniono także jako wysoką lub co najmniej umiarkowaną.

Oprócz uzależnienia od substancji psychoaktywnych wyróżnia się uzależnienia niesubstancjalne, inaczej – behawioralne (np. od hazardu, ćwiczeń fi-

eating [2, 3], though not all researchers and theorists specialising in eating disorders share the view that these may be treated in exactly those categories. Behavioural dependence is linked to a sense of compulsion to conduct an activity and with its excessive, oppressive repetition [4]. Currently, also in the population of alcohol dependent persons, we can ever more frequently encounter dependence comorbidity, such that certain conditions or disorders may also result in the development of dependence on alcohol or the intensification of its symptoms [5-8].

The link between eating disorders and psychoactive substance abuse is undeniable as has been confirmed in empirical studies, the first of which were realised in the 1990s in the United States [9]. In subsequent years, researchers documented that 1/3 of the drug or alcohol dependent persons population also suffered from problem behaviour in the sphere of eating compared with 3% for the general population [10]. The most frequent alcohol dependence comorbidities are anorexia nervosa (binge eating/purging type), bulimia nervosa and binge eating disorder [11, 12].

C. Holderness *et al.* already in 1994 [5] demonstrated the high coefficient of eating patterns disorder among patients in treatment for alcohol dependence, which encouraged researchers to pose the hypothesis of eating disorder and psychoactive substance comorbidity among American women. This conclusion was confirmed two years later by M. Schuckit *et al.* [13]. Furthermore, R. Field *et al.* [14], documented, on the basis of collected research material, a significant relation between external appearance, shape and body weight anxiety and alcohol drinking, cigarette smoking and maintaining a diet.

N. Piran and T. Gadalla [15] focused on diagnosing eating disorders and certain psychoactive substance use comorbidity among Canadian women and men. The gained results confirmed the hypothesis of these phenomena comorbidity both in women and men. N. Piran and T. Gadalla's research [*op. cit.*] were also supposed to verify the differences between genders in the comorbidity of abnormal eating habits and psychoactive substance use. It was demonstrated that there was a significantly higher risk in women of this kind of comorbidity than in men.

zycznych czy jedzenia) [2, 3], chociaż nie wszyscy badacze i teoretycy specjalizujący się w tematyce zaburzeń odżywiania podzielają pogląd, że można je traktować w takich właśnie kategoriach. Uzależnienie behawioralne wiąże się z poczuciem przymusu wykonywania jakiejś czynności i z nadmiernym, uporczywym jej powtarzaniem [4]. Współcześnie, także w populacji osób uzależnionych od alkoholu, coraz częściej możemy spotkać się ze zjawiskiem współwystępowania uzależnień; niektóre choroby/zaburzenia mogą również skutkować rozwojem uzależnienia od alkoholu lub nasileniem jego symptomów [5-8].

Związek zaburzeń odżywiania z nadużywaniem substancji psychoaktywnych jest niezaprzeczalny; został potwierdzony w badaniach empirycznych – pierwsze z nich zrealizowano w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku w Stanach Zjednoczonych [9]. W późniejszych latach badacze udokumentowali, że 1/3 populacji osób uzależnionych od narkotyków czy alkoholu towarzyszą problemowe zachowania w sferze jedzenia, w porównaniu z 3% w populacji ogólnej [10]. Najczęściej współwystępujące z uzależnieniem od alkoholu zaburzenia odżywiania to *anorexia nervosa* (typ objadająco-przeczyszczający), *bulimia nervosa* oraz zespół jedzenia kompulsyjnego [11, 12].

C. Holderness i wsp. już w 1994 r. [5] wykazali wysoki współczynnik zaburzonych wzorców żywieniowych u pacjentów leczących się z powodu uzależnienia od alkoholu, co skłoniło badaczy do postawienia hipotezy o współwystępowaniu zaburzeń odżywiania i uzależnienia od substancji psychoaktywnych wśród kobiet amerykańskich. Wniosek ten został potwierdzony dwa lata później przez M. Schuckita i wsp. [13]. Z kolei R. Field i wsp. [14] na podstawie zebranego materiału badawczego udokumentowali istotną zależność między obawami o wygląd zewnętrzny, kształt i masę ciała a spożywaniem alkoholu, paleniem tytoniu oraz stosowaniem diet.

N. Piran i T. Gadalla [15] skoncentrowały się z kolei na diagnozie współwystępowania zaburzeń odżywiania i używania różnych substancji psychoaktywnych wśród kanadyjskich kobiet i mężczyzn. Uzyskane wyniki potwierdziły hipotezę o współistnieniu tych zjawisk zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Badania N. Piran i T. Gadalla [*op. cit.*] miały również na celu weryfikację różnic między płciami we współwystępowaniu nieprawidłowych nawyków żywieniowych z używaniem substancji psychoaktywnych. Wykazano, że u ko-

One recent American study [16] indicates that persons with diagnosed bulimia nervosa drank alcohol or used other psychoactive substances significantly more frequently than patients with restricting type of anorexia, binge eating disorder or with undefined eating disorders. It has also been noted that bulimia and alcohol dependence comorbidity is an increasingly large problem among women [17, 18]. As the research results show [op. cit.], women with bulimia nervosa more often suffer from disorders associated with alcohol abuse than their healthy counterparts, while bulimia may aggravate problems caused by alcohol and complicate both daily functioning and treatment.

As already mentioned, there is comorbidity of alcohol dependence and binge eating disorder (BED) [19]¹. It has been confirmed empirically that BED occurs more frequently together with alcohol dependence than separately, especially among women and above all among those who are already in the course of dependence treatment. BED most likely occurs as an effect of the elimination of the substance (alcohol) that is the object of the dependence.

Other authors indicate that nearly 50% of persons with eating disorders are also dependent on alcohol or other psychoactive substances – this proportion is five times higher than that of the general population [20]. The problem concerns both genders, with 57% of the men in the study group suffering from binge eating disorder.

■ MATERIAL AND METHODS

The following questions formed the basis of our own study procedures:

1. Do alcohol dependent women have a greater propensity to abnormal eating behaviour than non-dependent women?
2. Is there a link between the incidence of alcohol dependence and the general level of social competence in women?
3. Is there a link between the level and type of social competence and the occurrence of abnor-

¹ In the United States, BED is the most common form of eating disorder. Unfortunately, there is a lack of accurate data on its occurrence in our country, though 21% of women in Poland admit to episodes of uncontrolled eating [19].

malist istnieje istotnie wyższe niż u mężczyzn ryzyko współistnienia obu problemów.

Jak wynika z jednego z nowszych badań amerykańskich [16], osoby z rozpoznaną bulimią psychiczną piły alkohol lub stosowały inne substancje psychoaktywne znacznie częściej niż pacjenci z anoreksją o typie ograniczającym, z zespołem kompulsyjnego jedzenia lub z nieokreślonymi zaburzeniami odżywiania. Dodatkowo stwierdzono, że współwystępowanie bulimii i uzależnienia od alkoholu jest coraz większym problemem wśród kobiet [17, 18]. Jak dowodzą wyniki badań [op. cit.], kobiety z *bulimią nervosa* częściej niż ich zdrowe rówieśniczki cierpią na zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu, zaś bulimia może z kolei zaostrzać problemy spowodowane przez alkohol i komplikować zarówno codzienne funkcjonowanie, jak i leczenie.

Uzależnienie od alkoholu współwystępuje też – jak wspomniano – z zespołem jedzenia kompulsyjnego (*binge eating disorder* – BED) [19]¹. Potwierdzono empirycznie, że BED pojawia się częściej wraz z uzależnieniem od alkoholu niż osobno, zwłaszcza w populacji kobiet, a przede wszystkim u tych, które są już w trakcie leczenia uzależnienia. Wówczas BED pojawia się prawdopodobnie jako efekt wyeliminowania substancji (alkoholu) będącej przedmiotem uzależnienia.

Inni autorzy wskazują, że prawie 50% osób z zaburzeniami odżywiania jest także uzależnionych od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych; odsetek ten jest pięć razy wyższy niż w populacji ogólnej [20]. Problem dotyczy przedstawicieli obojga płci, przy czym w badanej grupie mężczyzn 57% cierpi na zespół jedzenia kompulsyjnego.

■ MATERIAŁ I METODY

U podłoża procedury badań własnych leżały następujące pytania badawcze:

1. Czy kobiety uzależnione od alkoholu mają większe predyspozycje do nieprawidłowych zachowań jedzeniowych niż kobiety nieuzależnione?
2. Czy istnieje związek między występowaniem uzależnienia od alkoholu a ogólnym poziomem kompetencji społecznych u kobiet?

¹ W Stanach Zjednoczonych BED jest najczęstszym zaburzeniem odżywiania; niestety brak dokładnych danych na temat jego rozpowszechnienia w naszym kraju; w Polsce około 21% kobiet przyznaje się do epizodów niekontrolowanego objadania się [19].

mal eating behaviour in women dependent on alcohol?

4. Is there a link between alcohol dependence and definite coping strategies required in the process of coping with difficulties?

In our own studies, in which we applied the correlation and regression model, the dependent variable was the occurrence of abnormal behaviours while the independent variable was alcohol dependence. It was assumed that in the study group (that is, women dependent on alcohol), the intensity of abnormal eating behaviour will be significantly higher and the level of social competences lower than in the control group (that is, healthy women). Moreover, it was expected that the repertoire of social competences and coping strategies at the healthy women's disposal will be richer than in the case of alcohol dependent women.

Study tools

1. Eating Behaviour Questionnaire (KZZJ) by Nina Ogińska-Bulik and Leszek Putyński for the initial detection of abnormal eating disorder symptoms. This allows assessment of the degree of threat of overweight or obesity. The questionnaire is made up of 30 items with answers in "yes" or "no" form. Every answer equals 1 and their sum gives the general result, which demonstrates the degree of abnormal eating behaviour. The results of specific factors indicate the direction of the abnormal behaviour [21].
2. The COPE (Coping Orientations to Problems Experienced) Inventory by Charles S. Carver, Michael F. Scheier & Jagdish K. Weintraub, in the Polish adaption by Zygfryd Juczyński and Nina Ogińska-Bulik. This serves to measure so called dispositional coping, i.e. assessment of ways of reacting in stressful situations. The inventory is made up of 60 items to which answers are provided by marking one of four possible answers. The items form 15 scales, each of which are assessed independently. The calculated result of a given scale is composed of the sum of points relevant to all answers and dividing the sum by four [22].
3. The Social Competence Profile (PROKOS) by Anna Matczak and Katarzyna Martowska serves to outline a given person's social

3. Czy istnieje związek między poziomem i rodzajem kompetencji społecznych a występowaniem nieprawidłowych zachowań jedzeniowych u kobiet uzależnionych od alkoholu?
4. Czy istnieje związek między uzależnieniem od alkoholu a posiadaniem określonych strategii zaradczych niezbędnych w procesie radzenia sobie z trudnościami?

W badaniu własnym, w którym posłużono się modelem korelacyjno-regresyjnym, zmienną wyjaśnianą było podejmowanie nieprawidłowych zachowań jedzeniowych, zaś wyjaśniającą – uzależnienie od alkoholu. Założono, że w badanej grupie (tj. kobiet uzależnionych od alkoholu) natężenie nieprawidłowych zachowań jedzeniowych będzie istotnie większe, a poziom kompetencji społecznych niższy niż w grupie kontrolnej (tj. zdrowych kobiet). Ponadto oczekiwano, że repertuar kompetencji społecznych i strategii zaradczych, jakim dysponują kobiety nieuzależnione od alkoholu, będzie bogatszy niż w przypadku kobiet uzależnionych.

Narzędzia badawcze

1. Kwestionariusz Zachowań Związanych z Jedzeniem (KZZJ) autorstwa Niny Ogińskiej-Bulik i Leszka Putyńskiego do wstępnego rozpoznania objawów nieprawidłowych zachowań jedzeniowych. Pozwala ocenić stopień zagrożenia nadwagą lub otyłością. Kwestionariusz składa się z 30 twierdzeń; odpowiedzi udziela się, zakreślając „tak” lub „nie”. Każda odpowiedź jest równa 1, ich suma daje wynik ogólny, który świadczy o stopniu nieprawidłowych zachowań jedzeniowych. Wyniki w ramach poszczególnych czynników wskazują kierunek nieprawidłowych zachowań [21].
2. Inwentarz COPE, czyli COPE Inventory (autorzy Charles S. Carver, Michael F. Scheier i Jagdish K. Weintraub) w polskiej adaptacji Zygfryda Juczyńskiego i Niny Ogińskiej-Bulik, określane również jako Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem COPE. Służy do pomiaru tzw. dyspozycyjnego radzenia sobie, czyli oceny sposobów reagowania w sytuacjach stresowych. Inwentarz składa się z 60 twierdzeń, na które odpowiada się przez zaznaczenie jednej z czterech możliwych odpowiedzi. Twierdzenia tworzą 15 skal; każdą z nich należy oddzielnie ocenić. Obliczanie wyniku w ramach danej skali polega na dodaniu do siebie punktów odnoszących się do wszystkich twierdzeń i podzieleniu sumy przez cztery [22].

competence type. The questionnaire is made up of 90 items, 60 of which are diagnostic concerning social competences and 30 are so called buffer items that define none social competences. The answers are arranged in a four-grade scale with points from 1 to 4. A high general result may show both that all specific competences are on a high or increased level and on the incidence of very high competences in certain scopes and lower in others [23].

In the case of alcohol dependent persons, and those revealing abnormal eating behaviours, social determinants make up some of the most significant provoking factors and intensifiers of this unconstructive behaviour [24, 25].

Study group

The sample was selected by purposeful sampling – 60 women of 24 to 49 years of age. They were patients of a number of dependence treatment centres on Poznań (30 persons) and 30 healthy volunteers employed in a number of local manufacturing companies, accountants and warehouse workers who had answered an internet advertisement. All the women were in early and middle adulthood at the time of the study [26]. The inclusion criteria for both groups were female gender and age between 18 and 60 years, with additional criteria for the study group being diagnosed alcohol dependence and at least one year in therapy, and the control group criteria was a declared lack of alcohol dependence diagnosis. All subjects were residents of Wielkopolska – Poznań and surrounding areas. Each participant, having received information on the aim and course of the study and when she agreed to participate an specific time for an individual meeting was arranged. Following a short welcome, she heard the instructions and proceeded to individual answering of the questionnaire.

Statistical analysis

We began with descriptive statistics like average, minimum and maximum value, standard deviation, skewness, kurtosis and a reliability analysis (α Cronbach coefficient). Good internal consistency for the COPE questionnaire ($\alpha = 0.673$) was revealed, average for KZZJ

3. Profil Kompetencji Społecznych (PROKOS) autorstwa Anny Matczak i Katarzyny Martowskiej służy do określenia rodzaju kompetencji społecznych danej osoby. Kwestionariusz składa się z 90 twierdzeń; 60 z nich są to pozycje diagnostyczne, które dotyczą kompetencji społecznych, a 30 pozostałych stanowi tzw. twierdzenia buforowe, określające kompetencje niespołeczne. Badany udziela odpowiedzi na czterostopniowej skali, są one punktowane od 1 do 4. Wysoki ogólny wynik może świadczyć zarówno o tym, że wszystkie kompetencje szczegółowe znajdują się na wysokim lub podwyższonym poziomie, jak i o posiadaniu bardzo wysokich kompetencji w niektórych zakresach, a niskich w innych [23]. W przypadku osób uzależnionych od alkoholu, a także ujawniających nieprawidłowe zachowania jedzeniowe, determinanty społeczne stanowią jedną z najistotniejszych grup prowokatorów oraz czynników wzmacniających te niekonstruktywne zachowania [24, 25].

Badana grupa

Dobór badanej próby miał charakter celowy; liczyła ogółem 60 kobiet w wieku od 24 do 49 lat. Były to pacjentki kilku poradni leczenia uzależnień w Poznaniu (30 osób) oraz zdrowe ochotniczki (30 osób), pracownice kilku poznańskich firm produkcyjnych, księgowych i magazynów, które odpowiedziały na ogłoszenie zamieszczone w internecie. Wszystkie kobiety pozostawały w chwili badania w okresie wczesnej i środkowej dorosłości [26]. Kryteria włączenia do obu grup stanowiły płeć żeńska i wiek od 18 do 60 lat, dodatkowe kryterium włączenia do grupy właściwej (badanej) to zdiagnozowane uzależnienie od alkoholu i pozostawanie przynajmniej od roku (od momentu rozpoznania) w terapii, zaś do grupy kontrolnej – deklarowany brak diagnozy uzależnienia od alkoholu. Wszystkie badane osoby były mieszkankami Wielkopolski – Poznania i okolic. Każda z uczestniczek, która po otrzymaniu informacji o celu i przebiegu badania zgodziła się wziąć w nim udział, została umówiona na konkretny termin indywidualnego spotkania. Po przywitaniu i wysłuchaniu instrukcji przystępowała do samodzielnego wypełniania kwestionariuszy.

Analiza statystyczna

Na wstępie obliczono podstawowe statystyki opisowe, takie jak średnia, wartość minimalna i maksymalna, odchylenie standardowe, skośność, kurtoza, oraz wykonano analizy rzetelności (współ-

($\alpha = 0.566$) and high for PROKOS questionnaire ($\alpha = 0.881$).

Next we conducted the actual analysis of the results gained. In order to compare the studied variables, we tested homogeneity of variance with the Levene test (with two independent samples) and a *t* test for two averages (with the occurrence of both homogeneity and inequality of variance). Analysis of the relations between variables, apart from conducting the *t* test on independent samples, was conducted by checking correlation with the application of *r* Pearson coefficient (with two interval variables).

■ RESULTS

The calculation of results commenced with conducting basic descriptive statistics for independent variables (age, weight, height and body mass index – BMI). The average age of the studied women is 34 years from 24 to 49 (turn of early and middle adulthood). The lowest body mass indicator was 18.83, which indicates lack of underweight, the highest BMI 27.04, which qualifies for being considered overweight. The average BMI was around 22.72 and is optimal for average body mass and height of study participants. Furthermore, analysis of distribution skewness in the case of both variables proves that in the studied group, and as opposed to the control group, higher results are more frequent than lower.

The next step was to analyse the relation between the occurrence of alcohol dependence and abnormal eating behaviours. In order to verify this relation, we conducted a *t* test for two averages. The Levene test value for independent samples is 0.968, while its significance equals 0.329, which means the variances are homogenic. The *t* test result for two averages with homogeneity of variances is 2.204 while significance is 0.032. Thus the relation between dependence on alcohol and abnormal eating behaviour is confirmed. It is also worthwhile emphasising that average KZZJ test results differ for persons in comparative groups. The difference amounts to three points to the disadvantage of persons with diagnosed alcohol dependence; that is, dependent persons revealed a higher average level of abnormal eating behaviour than persons from the control group.

czynnik α Cronbacha). Wykazano dobrą ogólną spójność kwestionariusza COPE ($\alpha = 0,673$), przeciętną – KZZJ ($\alpha = 0,566$) oraz wysoką – kwestionariusza PROKOS ($\alpha = 0,881$).

Następnie przeprowadzono właściwą analizę uzyskanych wyników. W celu porównania badanych zmiennych sprawdzono jednorodność wariancji testem Levene'a (przy dwóch próbach niezależnych) oraz wykonano test *t* dla dwóch średnich (przy wystąpieniu zarówno homogeniczności, jak i nierówności wariancji). Analizę związków między zmiennymi – oprócz wykonania testu *t* dla prób niezależnych – przeprowadzono za pomocą zbadania korelacji przez zastosowanie współczynnika *r* Pearsona (przy dwóch zmiennych interwałowych).

■ WYNIKI

Obliczanie wyników rozpoczęto od wykonania podstawowych statystyk opisowych dla zmiennych niezależnych (wiek, waga, wzrost oraz wskaźnik masy ciała, czyli *body mass index* – BMI). Średni wiek badanych kobiet to 34 lata, od 24 do 49 lat (przełom wczesnej i środkowej dorosłości). Najniższy wskaźnik masy ciała wyniósł 18,83, co wskazuje na brak niedowagi, maksymalny 27,04 świadczy o nadwadze. Średni wskaźnik BMI to około 22,72; jest on optymalny w stosunku do średniej masy ciała i wzrostu uczestniczek badania. Ponadto analiza skośności rozkładu w przypadku obu zmiennych dowodzi, że w badanej grupie, w przeciwieństwie do grupy kontrolnej, częściej występują wyniki wysokie niż niskie.

W kolejnym kroku przeanalizowano związek między występowaniem uzależnienia od alkoholu a nieprawidłowymi zachowaniami jedzeniowymi. W celu zweryfikowania tej zależności wykonano test *t* dla dwóch średnich. Wartość testu Levene'a dla prób niezależnych wynosi 0,968, natomiast jego istotność jest równa 0,329, co oznacza, że wariancje są jednorodne. Wynik testu *t* dla dwóch średnich przy homogenicznych wariancjach wynosi – 2,204, natomiast istotność – 0,032. Tym samym potwierdzono zależność między uzależnieniem od alkoholu a nienormalnymi zachowaniami jedzeniowymi. Należy również podkreślić, że średnie wyniki w teście KZZJ różnią się u osób z porównywanych grup. Różnica ta wynosi równo trzy punkty na niekorzyść osób ze zdiagnozowanym uzależnieniem od alkoholu – tj. osoby uzależnione wykazywały średnio wyższy poziom nieprawidłowych zachowań jedzeniowych niż osoby z grupy kontrolnej.

Table I. Alcohol dependence and the general level of social competences
Tabela I. Uzależnienie od alkoholu a ogólny poziom kompetencji społecznych

Alcohol dependence Uzależnienie od alkoholu	General level of social competences Ogólny poziom kompetencji społecznych			
	N	M	SD	Standard error of mean Błąd standardowy średniej
No/Nie	30	183.00	21.984	4.014
Yes/Tak	30	172.97	24.034	4.338

Source/Źródło: Own work based on the study results./Opracowanie własne na podstawie uzyskanych wyników badań.

In order to check the relation between alcohol dependence and general level of social competence, a *t* test was conducted on two averages. The Levene test value was 0.02 with a significance of 0.962, which in this case allows us to conclude that there is no significant relation between alcohol dependence and general level of social competence. However, the women from the control group gained an average result higher than those in the study group in the PROKOS questionnaire, though the difference is not statistically significant (Table I).

The *r* Pearson coefficient was calculated in order to verify the relation between the general level of social competence and the occurrence of abnormal eating behaviours. The value of the *r* coefficient for the indicated variables was -0.253, while the probability of error at 95% was 0.051. The negative correlation signifies that in the study group the general result gained in the PROKOS questionnaire rises as the general result measured with the aid of KZZJ falls, so a higher level of social competences could therefore indicate a lower level of abnormal eating behaviours. However, considering the value of the significance coefficient ($\alpha = 0.051$), we cannot confirm the existence of a relation between the indicated variables though the presence of abnormal eating behaviours is confirmed by KZZJ study data.

In as much as the empirical material reflected the direction of expected relations, their confirmation is not justified as a result of an insufficient level of significance. In the further part of the analysis we therefore verify the assumption that alcohol dependent women, compared to those in the control group, are characterised by a lower level of general social competence, including assertiveness, social competences and social resourcefulness (Table II). As has been discovered, both in the case of each of the PROKOS factors and in the overall result,

W celu sprawdzenia związku między uzależnieniem od alkoholu a ogólnym poziomem kompetencji społecznych wykonano test *t* dla dwóch średnich. Wartość testu Levene'a wyniosła 0,02, a istotność 0,962, co w tym przypadku pozwala wnioskować, że nie ma istotnego związku między uzależnieniem od alkoholu a ogólnym poziomem kompetencji społecznych. Chociaż kobiety z grupy kontrolnej w diagnozie kwestionariuszem PROKOS uzyskały średni wynik wyższy niż kobiety z badanej grupy, to różnica ta nie jest istotna statystycznie (tab. I).

Aby zweryfikować związek między ogólnym poziomem posiadanych kompetencji społecznych a występowaniem nieprawidłowych zachowań jedzeniowych, obliczono współczynnik *r* Pearsona. Wartość współczynnika *r* dla wskazanych zmiennych wynosi -0,253, natomiast prawdopodobieństwo popełnienia błędu na poziomie 95% równa się 0,051. Ujemna korelacja oznacza, że w badanej próbie ogólny wynik uzyskany w kwestionariuszu PROKOS wzrasta, gdy maleje ogólny wynik mierzony za pomocą KZZJ; wyższy poziom kompetencji społecznych mógłby zatem świadczyć o niższym poziomie nieprawidłowych zachowań jedzeniowych. Z uwagi jednak na wartość współczynnika istotności ($\alpha = 0,051$), nie możemy stwierdzić istnienia związku między wskazanymi zmiennymi, choć obecność nieprawidłowych zachowań jedzeniowych potwierdzają dane z badania KZZJ.

O ile zebrany materiał empiryczny odzwierciedlił kierunek oczekiwanych związków, o tyle ich potwierdzenie nie jest zasadne ze względu na niewystarczający poziom istotności. W dalszej części analiz poddano zatem weryfikacji założenie, że kobiety uzależnione od alkoholu, w porównaniu z tymi z grupy kontrolnej, charakteryzują się niższym poziomem ogólnych kompetencji społecznych, w tym asertywnych, towarzyskich, oraz zaradności społecznej (tab. II). Jak stwierdzono, zarówno w przypadku każdego z czynników PROKOS, jak i wyniku ogólnego, średnie przyjmują wyższe war-

Table II. Social competences and alcohol dependence – statistics for the studied groups
 Tabela II. Kompetencje społeczne a uzależnienie od alkoholu – statystyki dla badanych grup

Factors of the PROKOS questionnaire Czynniki kwestionariusza PROKOS	Alcohol dependence Uzależnienie od alkoholu	N	M	SD	Standard error of mean Błąd standardowy średniej
Assertive competences Kompetencje asertywne	No/Nie	30	40.70	6.193	1.131
	Yes/Tak	30	38.07	6.570	1.200
Cooperation competences Kompetencje kooperacyjne	No/Nie	30	52.77	6.377	1.164
	Yes/Tak	30	50.87	5.661	1.034
Social competences Kompetencje towarzyskie	No/Nie	30	31.20	6.759	1.234
	Yes/Tak	30	29.50	6.766	1.235
Social resourcefulness Zaradność społeczna	No/Nie	30	42.17	5.213	0.952
	Yes/Tak	30	39.23	5.036	0.919
Competences of activism Kompetencje społecznikowskie	No/Nie	30	16.17	2.640	0.482
	Yes/Tak	30	15.30	3.385	0.618
Overall result Wynik ogólny	No/Nie	30	183.00	21.984	4.014
	Yes/Tak	30	172.97	24.034	4.388

Source/Źródło: Own work based on the study results./Opracowanie własne na podstawie uzyskanych wyników badań.

Table III. Abnormal eating behaviour in compared groups
 Tabela III. Nieprawidłowe zachowania jedzeniowe w porównywanych grupach

KZZJ factors Czynniki KZZJ	Alcohol dependence Uzależnienie od alkoholu	N	M	SD	t	p
Habitual overeating Nawykowe przejadanie się	No/Nie	30	2.43	1.960	-2.459	0.017
	Yes/Tak	30	4.03	2.977		
Emotional overeating Emocjonalne przejadanie się	No/Nie	30	3.37	1.974	-2.388	0.020
	Yes/Tak	30	4.70	2.336		
Diet restrictions Restrykcje dietetyczne	No/Nie	30	3.37	2.399	-0.149	0.882
	Yes/Tak	30	3.47	2.801		
Overall result Wynik ogólny	No/Nie	30	9.17	4.807	-2.204	0.032
	Yes/Tak	30	12.17	5.700		

Source/Źródło: Own work based on the study results./Opracowanie własne na podstawie uzyskanych wyników badań.

average values are higher in those women who have never reported a problem with alcohol abuse. So initially we can suppose that in the studied sample the expected relation actually is confirmed. Following verification of variances homogeneity ($\alpha = 0.031$), it was revealed that alcohol dependent women show a significantly lower level of social resourcefulness ($M = 39.23$) than those in the control group ($M = 42.17$).

The next analytical step was to verify whether alcohol dependent women are characterised by a significantly higher level of abnormal eating behaviour than those who are not dependent. This thesis is confirmed by the data in Table III. Dependent persons did actually reveal higher results both in general level of abnormal eating be-

tości u tych kobiet, które nigdy nie zgłaszały problemu z nadużywaniem alkoholu. Wstępnie można więc przypuszczać, że w badanej próbie oczekiwana zależność rzeczywiście znajduje potwierdzenie. Po sprawdzeniu jednorodności wariancji ($\alpha = 0,031$) okazało się, że kobiety uzależnione od alkoholu posiadają istotnie niższy poziom zaradności społecznej ($M = 39,23$) niż te z grupy kontrolnej ($M = 42,17$).

Kolejny krok analizy polegał na zweryfikowaniu, czy kobiety uzależnione od alkoholu cechuje istotnie wyższy poziom nieprawidłowych zachowań jedzeniowych niż kobiety nieuzależnione. Tę tezę potwierdzają dane zawarte w tabeli III – osoby uzależnione faktycznie osiągnęły wyższe wyniki zarówno w ogólnym poziomie nieprawidłowych zachowań jedzeniowych ($M = 12,17$), jak i w po-

Table IV. Stress coping strategies and alcohol dependence
Tabela IV. Strategie radzenia sobie w stresowych sytuacjach a uzależnienie od alkoholu

COPE Inventory factors Czynniki Inwentarza COPE	Alcohol dependence Uzależnienie od alkoholu	N	M	SD	t	p
Concentration on the problem Koncentracja na problemie	No/Nie	30	2.7817	0.54131	0.511	0.611
	Yes/Tak	30	2.7233	0.31314		
Search for support Poszukiwanie wsparcia	No/Nie	30	2.6193	0.55759	0.602	0.549
	Yes/Tak	30	2.5403	0.45284		
Avoidance strategies Strategie unikania	No/Nie	30	1.7067	0.29008	-3.437	0.001
	Yes/Tak	30	2.0150	0.39653		

Source/Źródło: Own work based on the study results./Opracowanie własne na podstawie uzyskanych wyników badań.

behaviour ($M = 12.17$) and in specific KZZJ factors: habitual overeating ($M = 4.03$), emotional overeating ($M = 4.70$) and diet restrictions ($M = 3.47$). It can therefore be supposed that alcohol dependent women have a greater propensity to showing abnormalities in the sphere of functioning compared to the control group women, who gained a general average result of 9.17 and an average in the three indicated factors of 2.43, 3.37 and 3.37 respectively.

Levene test results ($F = 0.968$ with $\alpha = 0.329$, rejecting variance homogeneity with $\alpha = 0.032$) indicate that alcohol dependent women showed a significantly higher overall KZZJ result than their non-dependent counterparts. The basic difference between the compared groups concerns habitual and emotional overeating. Therefore, we can accept that in alcohol dependent women, compared to those of the control group, there is a significantly higher level of abnormal eating behaviour.

Next we analysed the dominant strategies for coping with stress in the compared groups. The basic statistics and t test results for the independent data together with the significance levels for the studied variables are presented in Table IV.

In each of the COPE Inventory factors, women with diagnosed alcohol dependence gained average lower results than their non-dependent colleagues. The biggest difference between the averages was for avoidance strategies in threat situations. Here the average value for dependent women was 2.0150, while for the healthy women the value was 1.7067. The significance of this difference was confirmed at $\alpha < 0.001$. Therefore, the prediction that alcohol dependent women apply avoidance strategies in stress situations more often than non-dependent women was proven to be justified.

szczególnych czynnikach KZZJ: w nawykowym przejadaniu się ($M = 4,03$), emocjonalnym przejadaniu się ($M = 4,70$) oraz restrykcjach dietetycznych ($M = 3,47$). Można zatem przypuszczać, że kobiety uzależnione od alkoholu mają większą skłonność do wykazywania nieprawidłowości w tej sferze funkcjonowania w porównaniu z kobietami z grupy kontrolnej, które osiągnęły ogólny średni wynik równy 9,17 oraz średnie w trzech wskazanych czynnikach odpowiednio: 2,43, 3,37 i 3,37.

Wyniki testu Levene'a ($F = 0,968$ przy $\alpha = 0,329$, odrzucające jednorodność wariancji przy $\alpha = 0,032$) wskazują, że kobiety uzależnione od alkoholu uzyskały istotnie wyższy ogólny wynik w KZZJ niż kobiety nieuzależnione. Zasadnicze różnice między porównywanymi grupami dotyczą nawykowego oraz emocjonalnego przejadania się. Tym samym możemy przyjąć, że u kobiet uzależnionych od alkoholu, w porównaniu z kobietami z grupy kontrolnej, występuje istotnie wyższy poziom nieprawidłowych zachowań jedzeniowych.

Następnie przeanalizowano dominujące strategie radzenia sobie ze stresem w porównywanych grupach. Podstawowe statystyki oraz wyniki testu t dla danych niezależnych wraz z poziomem istotności badanych zmiennych przedstawiono w tabeli IV.

W każdym z czynników Inwentarza COPE kobiety ze zdiagnozowanym uzależnieniem od alkoholu osiągały średnio niższe wyniki niż kobiety nieuzależnione. Największa różnica między średnimi przypada na strategię stosowania zachowań unikowych w sytuacji zagrożenia. Tu średnia wartość dla kobiet uzależnionych wyniosła 2,0150, zaś dla zdrowych – 1,7067. Istotność tej różnicy została potwierdzona na poziomie $\alpha < 0,001$. Tym samym zasadne okazało się przewidywanie, że kobiety uzależnione od alkoholu w sytuacjach stresowych częściej stosują strategie polegające na unikaniu niż kobiety nieuzależnione.

■ DISCUSSION AND CONCLUSIONS

The results of hitherto realised studies document the occurrence of a significant relation between alcohol dependence and abnormal eating behaviour including eating disorders in persons of early and middle adulthood [14-17]. From studies conducted on the American population it is apparent that there is a significantly higher risk of the comorbidity of both disorders than the separate occurrence of problems related to eating, which especially concerns women [5]. Moreover, it would seem that abnormal eating behaviours may manifest prior to alcohol dependence or also during its course. As has been documented [16], the risk coefficient of abnormal eating disorder condition is significantly higher in women than in men, while the expression of abnormal self-image in women supports the development of compensation behaviour and binge eating [27].

The hypothesis indicating significantly higher levels of abnormal eating behaviour in alcohol dependent women compared to healthy persons of the same gender from the control group was subject to verification in our own study. The expected relation was partially confirmed. On this basis we can conclude that women in early and middle adulthood with diagnosed alcohol dependence have a significantly higher indicator of abnormal eating behaviour than the non-dependent women. The main symptom of this abnormality in dependent women is habitual and emotional overeating, which is quite likely to be a result of insufficient control of one's own behaviour. Deficits in this area make up one of the key factors in the development of both alcohol dependence and abnormal eating behaviour and even eating disorders.

Furthermore, analysis of the subject literature indicates that the provoking factors of eating disorders, mainly bulimia nervosa, may be stress situations and a deficit of constructive strategies for coping with emotional tension [25, 28, 29]. Therefore, our own studies took matters of stress coping into account as well as verifying what coping competences alcohol dependent women disposed of in comparison to their healthy counterparts. It was also assumed that in alcohol dependent women, avoidance strategies for stress-coping would dominate [30], which was confirmed by the results

■ OMÓWIENIE I WNIOSKI

Wyniki dotychczas realizowanych badań dokumentują występowanie istotnego związku między uzależnieniem od alkoholu a nieprawidłowymi zachowaniami jedzeniowymi, w tym zaburzeniami odżywiania u osób w wieku wczesnej i środkowej dorosłości [14-17]. Z badań przeprowadzonych na populacji amerykańskiej wynika, że istnieje istotnie wyższe ryzyko współwystąpienia obu zaburzeń niż wystąpienia osobno problemów związanych z odżywianiem, dotyczy to zwłaszcza kobiet [5]. Okazuje się ponadto, że nieprawidłowe zachowania jedzeniowe mogą pojawić się przed powstaniem uzależnienia od alkoholu, ale także w jego przebiegu. Jak udokumentowano [16], współczynnik ryzyka zachorowania na zaburzenia odżywiania jest istotnie wyższy u kobiet niż u mężczyzn, natomiast ujawniany przez kobiety nieprawidłowy obraz siebie sprzyja rozwijaniu zachowań kompensacyjnych i napadowego objadania się [27].

W badaniach własnych poddano weryfikacji hipotezę wskazującą na istotnie wyższy poziom nieprawidłowych zachowań jedzeniowych u kobiet uzależnionych od alkoholu, w porównaniu ze zdrowymi osobami tej samej płci z grupy kontrolnej. Oczekiwane zależności znalazły częściowe potwierdzenie. Na ich podstawie można wnioskować, że kobiety w okresie wczesnej i środkowej dorosłości ze zdiagnozowanym uzależnieniem od alkoholu mają istotnie wyższy wskaźnik nieprawidłowych zachowań jedzeniowych niż kobiety nieuzależnione. Głównymi przejawami tych nieprawidłowości u kobiet uzależnionych jest nawykowe i emocjonalne przejadanie się, będące prawdopodobnie wynikiem niedostatecznej kontroli własnego zachowania. Deficyty w tym obszarze stanowią jeden z kluczowych czynników rozwoju zarówno uzależnienia od alkoholu, jak i nie-normatywnych zachowań jedzeniowych czy nawet zaburzeń odżywiania.

Analiza literatury przedmiotu wskazuje ponadto, że prowokatorami zaburzeń odżywiania, głównie zachorowania na bulimię psychiczną, mogą być sytuacje stresowe i deficyt konstruktywnych strategii radzenia sobie z napięciem emocjonalnym [25, 28, 29]. W badaniach własnych uwzględniono zatem kwestię radzenia sobie ze stresem oraz sprawdzono, jakimi kompetencjami zaradczymi dysponują kobiety ze zdiagnozowanym uzależnieniem od alkoholu w porównaniu z ich zdrowymi rówieśniczkami. Przyjęto równocześnie, że u kobiet uzależnionych od alko-

gained. It was revealed that in situations provoking a stress reaction, alcohol dependent women apply avoidance strategies (i.e. ceasing further activity, distraction, denial, drinking or the use of other psychoactive substances) significantly more often than healthy women.

Even though the hypothesis on the relation between the general result for social competences and the occurrence of abnormal eating behaviours was not confirmed with these subjects, both groups were however verified as regards differences in the types of social competences displayed. On the basis of an analysis of the subject literature [10], it was assumed that alcohol dependent women would have smaller social competences (assertive, social and resourceful) than the non-dependent. As proven on the basis of the research material, the level of social competence in the study group women compared to those in the control group is in fact significantly lower. The above conclusion appears unusually important as hitherto, studies have revealed differences between the personality features of dependent persons and the healthy, though no deeper reflection was brought to bear on this matter, especially in our cultural sphere.

On the basis of the range of current reports and analysis of own research results, it is possible to conclude that there is a difference in competences measured by the PROKOS questionnaire between persons with diagnosed alcohol dependence and those without. The former have lower social competences than the latter. Furthermore, the values of the specific COPE Inventory scales indicate that avoidance strategies for coping with stress are dominant in alcohol dependent women, and these include denial, ceasing to act, sense of humour, acceptance of the stress situation, distraction, drinking and the taking of other psychoactive substances [22: 39-41].

What is more, statistical analysis with the aid of the Eating Behaviour Questionnaire (KZZJ) reveals significant differences in eating behaviour between alcohol dependent and non-dependent women. These results also confirm the results of current studies in this scope, namely that alcohol dependent women have a clearly greater propensity to revealing compulsive behaviour in the sphere of eating, including binge

holu będą dominować unikowe strategie radzenia sobie ze stresem [30], co potwierdziły uzyskane wyniki. Okazało się, że w sytuacjach prowokujących reakcję stresową istotnie częściej niż zdrowe kobiety stosują strategie polegające na unikaniu dystraktora (m.in. przez zaprzestanie dalszych działań, odwracanie uwagi, zaprzeczanie, picie alkoholu lub używanie innych środków psychoaktywnych).

Mimo że nie potwierdziła się hipoteza dotycząca związku między ogólnym wynikiem w zakresie kompetencji społecznych a występowaniem nieprawidłowych zachowań jedzeniowych u osób badanych, poddano jednak weryfikacji obie porównywane grupy pod względem różnic w rodzajach posiadanych kompetencji społecznych. Na podstawie analizy literatury przedmiotu [10] założono, że kobiety uzależnione od alkoholu będą miały mniejsze kompetencje społeczne (asertywne, towarzyskie oraz zaradności społecznej) niż nieuzależnione. Jak dowiedziono na podstawie materiału badawczego, poziom zaradności społecznej kobiet z badanej grupy w porównaniu z kobietami z grupy kontrolnej jest rzeczywiście istotnie niższy. Powyższy wniosek wydaje się niezwykle ważny, ponieważ w dotychczasowych badaniach wskazywano różnice między rysami osobowości osób uzależnionych i zdrowych, nie poddawano jednak tych rozbieżności głębszej weryfikacji, zwłaszcza w naszym kręgu kulturowym.

Ostatecznie na podstawie zestawienia dotychczasowych doniesień i analizy wyników badań własnych można stwierdzić, że istnieją różnice w zakresie posiadanych kompetencji mierzonych kwestionariuszem PROKOS między osobami ze zdiagnozowanym uzależnieniem od alkoholu a osobami nieuzależnionymi; te pierwsze mają niższe kompetencje społeczne niż te drugie. Ponadto wartości poszczególnych skal Inwentarza COPE wskazują, że u kobiet uzależnionych od alkoholu dominują unikowe strategie radzenia sobie ze stresem, w skład których wchodzi: zaprzeczanie, zaprzestanie działań, poczucie humoru, akceptacja sytuacji stresowej, odwracanie uwagi, picie alkoholu czy używanie innych substancji psychoaktywnych [22: 39-41].

Z kolei statystyczna analiza danych zebranych za pomocą Kwestionariusza Zachowań Związanych z Jedzeniem (KZZJ) dowodzi istotnych różnic w zachowaniach jedzeniowych między kobietami uzależnionymi i nieuzależnionymi od alkoholu. Wyniki te potwierdzają jednocześnie rezultaty dotychczasowych badań w tym zakresie: kobiety uzależnione od alkoholu mają zdecydowa-

and emotional eating than to the application of dietary restrictions [17-20].

Even though not all the expected assumptions gained confirmation at a statistically significant level, it is worth drawing attention to the values of the studied variables. The average results in the specific tests, or those on certain scales, differ in the compared groups just as predicted in the formulation of the study hypotheses.

Sample size may have been of major importance from among the reasons for rejecting some of the relations formulated in the research hypotheses. The results gained by the study subjects confirm the occurrence of the assumed relations or differences, though their significance did not turn out to be sufficient, but with a larger sample the average result might have broken down differently. Furthermore, the study was carried out among a group of women without a diagnosis of full-blown eating disorder and only abnormal eating behaviour. Perhaps also because of this the differences between the compared groups were not so distinct.

The gained empirical material is without doubt a small step towards deepening our knowledge in the area of alcohol dependence and abnormal eating habits comorbidity. We also note the need to verify issue of eating disorders in alcohol dependent persons due to, amongst other things (1) earlier (prior to dependence) occurrence of eating disorders in the dependent person or in their immediate environment, (2) a retrospective and actual nutritional environment analysis of alcohol dependent persons and (3) attitude to one's own body, its physical and also social attractiveness. We are of the opinion that further exploration of this issue may be significant for psychological practice, above all for the diagnosis of comorbidity disorders, their treatment and psycho-prophylactics.

nie większą skłonność do ujawniania kompulsyjnych zachowań w sferze odżywiania, w tym do napadowego oraz emocjonalnego objadania się, niż do stosowania restrykcji dietetycznych [17-20].

Mimo że nie wszystkie oczekiwane założenia zyskały potwierdzenia na poziomie istotnym statystycznie, warto zwrócić uwagę na wartości badanych zmiennych. Średnie wyniki w poszczególnych testach bądź w niektórych skalach różnią się w porównywanych grupach, tak jak przewidywano formułując hipotezy badawcze.

Wśród powodów falsyfikacji niektórych zależności sformułowanych w hipotezach badawczych duże znaczenie mogła mieć liczebność próby. Wyniki uzyskane przez osoby badane potwierdzają występowanie zakładanych związków bądź różnic, ich istotność nie okazała się jednak wystarczająca – przy większej próbie średnia wyników mogłaby się rozłożyć inaczej. Ponadto badania prowadzono w grupie kobiet, u których nie zdiagnozowano pełnoobjawowych zaburzeń odżywiania, a (jedynie) nieprawidłowe zachowania jedzeniowe. Być może także z tego powodu różnice między porównywanymi grupami nie były tak wyraźne.

Uzyskany materiał empiryczny jest niewątpliwie niewielkim krokiem na drodze do pogłębiania wiedzy z zakresu współlistnienia uzależnienia od alkoholu i nieprawidłowych nawyków jedzeniowych. Dostrzegamy jednocześnie potrzebę weryfikowania zagadnienia zaburzeń odżywiania u osób uzależnionych od alkoholu, m.in. z uwagi na: (1) wcześniejsze (sprzed powstania uzależnienia) występowanie zaburzenia odżywiania u osoby uzależnionej lub w jej najbliższym środowisku, (2) retrospektywną i aktualną analizę środowiska żywieniowego osób uzależnionych od alkoholu oraz (3) stosunek do własnego ciała, jego atrakcyjności fizycznej, a także społecznej. Jesteśmy zdania, że dalsze eksplorowanie tej problematyki może okazać się znaczące dla praktyki psychologicznej, przede wszystkim zaś dla diagnozowania współwystępujących problemów i zaburzeń, ich terapii oraz psychoprophylaktyki.

Conflict of interest/Konflikt interesów

None declared./Nie występuje.

Financial support/Finansowanie

None declared./Nie występuje.

Ethics/Etyka

The work described in this article has been carried out in accordance with the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) on medical research involving human subjects, EU Directive (210/63/EU) on protection of animals used for scientific purposes, Uniform Requirements for manuscripts submitted to biomedical journals and the ethical principles defined in the Farmington Consensus of 1997.

Treści przedstawione w pracy są zgodne z zasadami Deklaracji Helseńskiej odnoszącymi się do badań z udziałem ludzi, dyrektywami UE dotyczącymi ochrony zwierząt używanych do celów naukowych, ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych oraz z zasadami etycznymi określonymi w Porozumieniu z Farmington w 1997 r.

References/Piśmiennictwo

1. <http://www.epipsi.gr/pdf/2.%20RARHA%20EU%20-%20The%20International%20Report.pdf>.
2. Grattan-Jorgenson A, Hsiao R, Yen Ch. Internet addiction and other behavioral addictions. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2016; 25(3): 509-20.
3. James R, Tunney R. The need for a behavioural analysis of behavioural addictions. *Clin Psychol Rev* 2017; 52: 69-76.
4. Cierpiałkowska L. Kierunki rozwoju współczesnej psychologii uzależnień (na przykładzie alkoholizmu). In: Cierpiałkowska L (eds.). *Oblicza współczesnych uzależnień*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2006, 17-41.
5. Holderness C, Brooks-Gunn J, Warren MP. Co-morbidity of eating disorders and substance abuse: review of the literature. *Int J Eat Disord* 1994; 16(1): 1-34.
6. <https://www.eatingdisorderhope.com/treatment-for-eating-disorders/co-occurring-dual-diagnosis/alcohol-substance-abuse/similarities-between-bulimia-and-alcoholism-what-does-research-show> [Accessed: 12.06.2017].
7. Grant B, Stinson F, Dawson D, Chou P, Dufour M, Compton W, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61(8): 807-16.
8. Cierpiałkowska L, Ziarko M. *Psychologia uzależnień – alkoholizm*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ŁOŚGRAF; 2010.
9. Schuckit MA. *Drug and alcohol abuse: A clinical guide to diagnosis and treatment. Sixth edition*. San Diego, CA, USA: University of California Medical School, Veterans Administration Hospital; 2006.
10. Kandel I. Program terapeutyczny dla pacjentów z podwójną diagnozą nadużywających substancji psychoaktywnych. *Psychiatr Pol* 2007; XLI, 5: 727-36.
11. Jędrzejko MZ, Rosik BP, Kowalski M (eds.). *Uzależnienia behawioralne*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Pułtusk: Akademia Humanistyczna w Pułtusku; 2015.
12. Holden C. Behavioral Addictions Debut in Proposed DSM-5. *Science* 2010; 19: 327-35.
13. Schuckit MA. Recent developments in the pharmacotherapy of alcohol dependence. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 669-76.
14. Stock S, Goldberg E, Corbett S, Katzman D. Substance use in female adolescents with eating disorders. *J Adolesc Health* 2002; 32(2): 176-82.
15. Piran N, Gadalla T. Eating disorders and substance abuse in Canadian women: a national study. *Addiction* 2007; 102, 11: 105-13.
16. Fouladi F, Mitchell JE, Crosby RD, Engel SG, Crow S, Hill L, et al. Prevalence of alcohol and other substance use in patients with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2015; 23(6): 531-36.
17. Mustelin L, Latvala A, Raevuori A, Rose R, Kaprio J, Keski-Rahkonen A. Risky drinking behaviors among women with eating disorders – A longitudinal community-based study. *Int J Eat Disord* 2016; 49, 6: 563-71.

18. <http://www.dualdiagnosis.org/eating-disorders/bulimia-alcoholism/>; [Accessed: 20.07.2017].
19. <https://bedaonline.com/alcoholism-binge-eating-disorder/>; [Accessed: 27.07.2017].
20. Nolleby H. Comorbid drug use disorders and eating disorders – a review of prevalence studies. *Nord Stud Alcohol Drugs* 2012; 29: 303-14.
21. Ogińska-Bulik N. Konstrukcja narzędzi badawczych. Kwestionariusz Zachowań Związanych z Jedzeniem (KZZJ). In: Ogińska-Bulik N. *Psychologia nadmiernego jedzenia: przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2004, 39-41.
22. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *NPSR – Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2009.
23. Matczak A, Martowska K. *Profil Kompetencji Społecznych. PROKOS. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2013.
24. Niewiadomska I, Kulik A, Hajduk A. *Jedzenie*. W serii: *Uzależnienia: fakty i mity*. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2005.
25. Józefik B. *Kultura, ciało, (nie)jedzenie. Terapia. Perspektywa narracyjno-konstruktywistyczna w zaburzeniach odżywiania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
26. Erikson EH. *Tożsamość a cykl życia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2004.
27. Jackson TD, Grilo CM, Masheb RM. Teasing history and eating disorder features: an age- and body-mass index-matched comparison of bulimia nervosa and binge-eating disorder. *Int J Eat Disord* 2002; 16, 1: 1-34.
28. Mroczkowska D, Ziółkowska B, Cwojdzńska A. *Zaburzenia odżywiania. Poradnik dla rodziców i bliskich*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2007.
29. Slade P. Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Br J Clin Psychol* 1982; 21, 3: 167-79.
30. Smith J, Book S. Anxiety and substance use disorders: a review. *Psychiatr Times* 2008; 25(10): 19-23.

